

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 112

LA LIGAMENTOPEXIE DE DOLÉRIS

SES INDICATIONS - SA TECHNIQUE - SES RÉSULTATS

Statistique de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique
de l'Hôpital Saint-André (Service de M. le Professeur GUYOT)

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le mercredi 12 juillet 1939

PAR

Raymond-Joseph BRUN

Né à Créon (Gironde), le 18 mars 1914

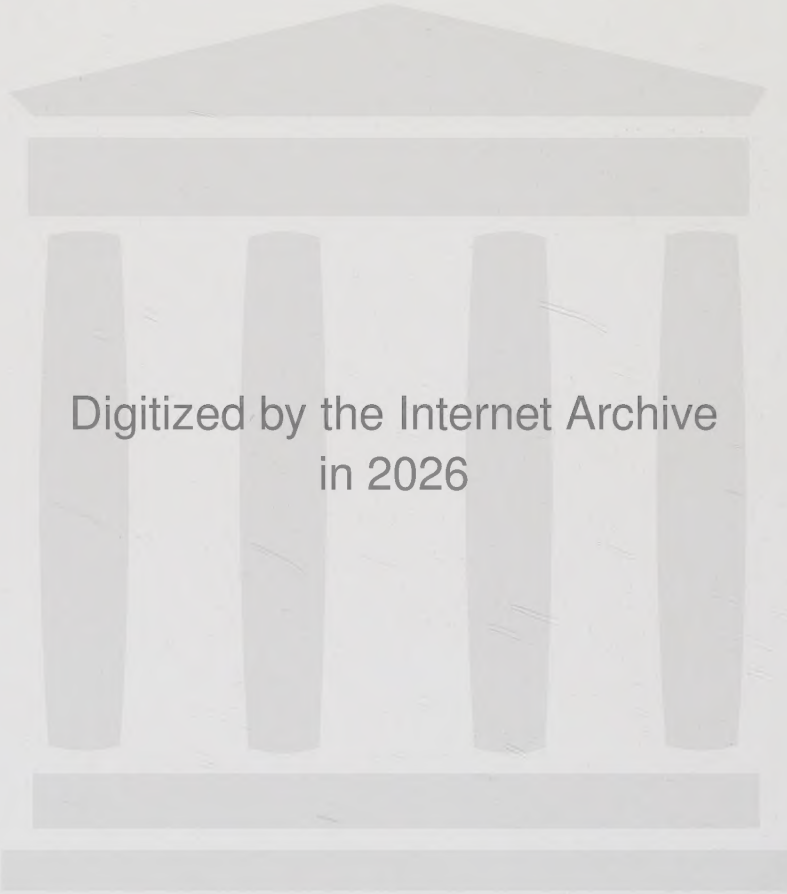
Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
	PAPIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, professeur.....	
	MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 112

LA LIGAMENTOPEXIE DE DOLÉRIS

SES INDICATIONS - SA TECHNIQUE - SES RÉSULTATS

Statistique de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique
de l'Hôpital Saint-André (Service de M. le Professeur GUYOT)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 12 juillet 1939

PAR

Raymond-Joseph BRUN

Né à Créon (Gironde), le 18 mars 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		PAPIN, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, professeur.....	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	(MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale in- fantile et orthopédie . .	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et mé- dicale	MACHEBEUF.
Pathologie et thérapeuti- que générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et cli- que des maladies exoti- ques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique . .	DAMADE.	Clinique des maladies cu- tanées et syphilitiques .	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et his- tologie	G. DUBREUIL	Clinique des maladies ner- veuses et mentales	ABADIE.
Hygiène	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-la- ryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déon- tologie	LANDE.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale . .	RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomato- logique	DUBECO.
Botanique et matière mé- dicale	GOLSE.		
Pharmacie	VITTE.		
Zoologie et parasitologie . .	MANDOUL.		
Médecine expérimentale . .	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	{ CHARRIER. LOUBAT. MASSE. DARGET. N.
Physiologie	N.		
	PIECHAUD.		
	DELIAS-MARSALET.		
	DE GRAILLY.	Obstétrique.....	RIVIERE.
Médecine générale.....	FONTAN.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
	BROUSTET.	Oto-Rhino-Laryngologie..	DESPONS.
	DERVILLEE.	Dermatologie et syphili-	
	N.	graphie	JOULIA.
		Physique médicale.....	N.
		Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie..	N.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Accouchements	RIVIERE.	Anatomie	J.BEAUVIEUX
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGERE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie ..	R. SIGALAS	Pharmacie galénique ...	MESNARD.
Médecine légale	DERVILLEE	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.	Physiologie	PETITEAU.
Législat. pharmaceutique ..	POPLAWSKI.		
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

« MORT POUR LA FRANCE »

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

*Ce modeste travail en gage
de notre reconnaissance et
de notre profond amour filial.*

A MON BEAU-PERE

*Témoignage de notre sin-
cère affection.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE SAINTE-MARIE-GRAND-LEBRUN

A MES MAITRES
DE L'ECOLE SAINTE-MARIE-GRAND-LEBRUN

A MES CAMARADES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

AU DOCTEUR DARMAILLACQ

CHIRURGIEN RÉSIDANT DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

*Qui nous a permis grâce à
ses conseils de réaliser ce tra-
vail, en toute gratitude.*

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Nous gardons un excellent
souvenir du temps passé dans
son service, nous lui devons
le sujet de cette thèse; il nous
a fait le très grand honneur
d'en accepter la Présidence,
qu'il nous soit permis de lui
exprimer toute notre grati-
tude et notre respectueux
attachement.*

INTRODUCTION

L'opération de Doléris a depuis longtemps conquis droit de cité en Gynécologie et il serait vain et téméraire de vouloir apporter quelque chose d'original à son sujet. Nous n'en avons pas l'intention.

Mais à un moment où l'opération de Doléris est fortement attaquée, à un moment où on l'accuse de complications et de dangers qui tendraient à la faire délaissier, il nous a semblé intéressant d'examiner les résultats de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique de l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux.

Grâce à la bienveillance de M. le Professeur Guyot qui nous a guidé de ses précieux conseils et a bien voulu nous confier la statistique de son service, nous allons essayer de faire de ce travail un document objectif. Nous allons dire quand et comment on pratique le « Doléris » à la Clinique Gynécologique et les résultats qui y sont obtenus. C'est ce simple témoignage des faits que nous allons rapporter dans ce travail. Tout d'abord, après avoir posé les indications du « Doléris » et rappelé les divers autres moyens opératoires, nous exposerons sa technique et ses inconvénients.

INDICATIONS DU DOLÉRIS

L'opération de Doléris Gilliam est principalement dirigée contre les rétroversions, rétropositions et ptoses utérines. Chaque fois que l'examen clinique nous fera conclure à un tel état de l'utérus, nous penserons au « Doléris ». Mais il ne faut pas oublier que pour redresser et maintenir l'utérus dans sa statique normale, nous allons faire appel aux ligaments ronds qui se sont montrés déficients. C'est là une question de cas d'espèce. Mais nous pouvons dire que généralement on peut compter sur les ligaments ronds. A la Clinique chirurgicale et gynécologique, nous avons même pu relever les observations de plusieurs interventions au cours desquelles on avait eu affaire à des ligaments ronds faibles et fragiles et qui se sont néanmoins terminées par un heureux résultat.

Notre maître, M. le Professeur Guyot, insiste sur ce fait qu'il a fréquemment rencontré des ligaments minces et fragiles, qui cependant, se sont montrés épais et solides au cours d'une laparatomie itérative faite quelques années plus tard.

D'autres fois, la rétroversion utérine s'accompagne d'un prolapsus. Que faut-il faire dans ces cas-là ? Sans doute lorsque le prolapsus est léger un « Doléris » sera le plus souvent suffisant, tandis que dans les prolapsus marqués, on doit compléter l'intervention par une colpopérinéorrhaphie. Il est même prudent d'agir ainsi également dans les cas légers.

L'étude des indications de chaque mode opératoire, — allant du simple « Doléris » à la triple opération française —, dans les cas où la rétroversion s'accompagne de prolapsus a été très bien exposée dans la thèse de Rouergue (Bordeaux,

1938). Ce travail a d'ailleurs été fait dans le service du Professeur Guyot.

Dirigée contre la rétroversion, la ligamentopexie de Doléris donne une amélioration des signes fonctionnels et de la menstruation, mais elle est également utile dans les cas de stérilité. Nous citons plus loin diverses statistiques où le « Doléris » apparaît comme une opération fécondante.

La ligamentopexie est donc d'abord une opération conservatrice de l'utérus. Mais nécessitant une laparatomie, elle peut être en outre une opération conservatrice de la fonction ovarienne. Que de fois en effet les lésions utérines s'accompagnent-elles de lésions ovariennes. Et nous touchons là aux indications générales des opérations conservatrices.

C'est tout d'abord des considérations d'âges qui nous guideront. Nous devons nous efforcer de conserver au maximum les fonctions génitales chez les femmes qui n'ont pas encore atteint la quarantaine. En effet, passé quarante ans, les effets de l'âge se joignant à ceux des lésions, l'espoir d'une grossesse devient bien chimérique et, à moins de circonstances exceptionnelles, l'approche de la ménopause physiologique enlève beaucoup d'intérêt à la conservation des fonctions de menstruation et de corrélation ovarienne.

Il sera aussi légitime de tenir compte du passé de la malade et aussi des conditions sociales en envisageant, surtout de nos jours, l'aptitude au travail.

La nature de l'infection influencera également le chirurgien qui doit se rappeler que le gonocoque est peu favorable aux opérations conservatrices, que le bacille de Koch et le streptocoque ne le sont guère plus. Les circonstances les plus favorables se rencontrent dans le reliquat d'infections anciennes de nature incertaine, peut-être consécutives à des affections de voisinage telle que l'appendicite.

Au point de vue clinique, c'est presque toujours la douleur qui amène le malade au chirurgien. L'indication uniquement basée sur la douleur est fragile, car le plus souvent la pathogénie en est bien obscure.

Les divers troubles des règles qui sont monnaie courante dans les salpingo-ovarites ne sont pas une contre-indication aux opérations conservatrices. Mais les métrorragies irrégulières doivent engager à la prudence.

L'état du péritoine doit aussi être considéré, il faut toujours pouvoir faire après intervention une péritonisation suffisante.

Quant à l'ovaire, sa conservation peut être poussée très loin. Non seulement une exérèse unilatérale n'exclut pas la possibilité de grossesse, mais la seule présence d'un fragment bien vascularisé peut en laisser l'espoir. Cette considération nous guidera dans l'indication d'exérèse basée sur la suppuration, la sclérose de l'albuginée, l'existence d'adhérences étendues et solides amenant l'atrophie du parenchyme, les ovarites à gros ovaires rouges et mous, la dégénérescence kystique totale.

L'état de l'utérus est aussi un facteur important de la détermination opératoire. L'existence d'une rétroversion utérine adhérente restreint, en partie dans les annexités, les possibilités de conservation.

Enfin, l'indication opératoire peut être modifiée par des désordres abdominaux associés aux lésions annexielles et utérines, symptômes d'appendicite, etc.

Là encore le « Doléris » permet d'agir efficacement.

C'est dans ces circonstances que des opérations conservatrices et même réparatrices, telles que le Doléris trouvent leurs meilleures indications.

RAPPEL DE QUELQUES PROCEDES OPERATOIRES

Depuis fort longtemps les chirurgiens se sont préoccupés de trouver des moyens de remettre et de maintenir dans une statique normale un utérus qui, l'ayant perdue, causait souvent des troubles graves. Les procédés opératoires ont été extrêmement nombreux et bien souvent modifiés.

L'hystéropexie est ou bien directe ou bien indirecte, suivant qu'on fixe l'utérus lui-même à la paroi abdominale antérieure ou qu'on utilise les ligaments ronds pour le soutenir.

L'hystéropexie directe a été la première utilisée. Terrier pratiquait une hystéropexie corporéale, c'est-à-dire que le corps lui-même de l'utérus est fixé à la paroi abdominale par 3 ou 4 anses de fils transversales cheminant dans l'épaisseur du muscle utérin, le fil le plus antérieur étant à peu près au niveau de l'isthme.

Plus tard, cette technique est modifiée, Delbet et Caraven pratiquent l'hystéropexie isthmique : les fils sont fixés assez haut sur la paroi abdominale mais cheminent très bas sur l'utérus.

On trouvera un excellent exposé de toutes ces méthodes d'hystéropexie abdominale dans la thèse soutenue à Bordeaux en 1892 par M. le Professeur Bégouin.

C'est en 1897 que Ch. Beck, de New-York, exposa au Congrès de Moscou, la première technique opératoire, point de départ de toutes les techniques de ligamentopexie.

Dans le procédé d'Alquier-Alexander on pratique un raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds.

Dartigues associe ce procédé à une laparatomie exploratrice.

Baldy et Dartigues pratiquent une ligamentopexie rétro-utérine soit que — agissant toujours sur les ligaments ronds par voie intra-abdominale — ils les plissent en accordéon avec un fil, soit qu'ils les fixent l'un à l'autre derrière l'utérus après leur avoir fait traverser en anse le ligament large.

Marion dans certains cas avec prolapsus marqué, pratique une oblitération du cul-de-sac de Douglas par une série de bourses concentriques, la plus haute étant au-dessus de la partie moyenne du corps.

Enfin, la ligamentopexie de Doléris est caractérisée essentiellement par un raccourcissement des ligaments ronds après une incision médiane de l'abdomen et par l'inclusion d'une partie de ces ligaments dans la paroi abdominale au moyen de deux tunnels latéraux pratiqués dans l'épaisseur des muscles droits.

En Angleterre et aux Etats-Unis une technique à peu près identique a été mise au point par Gilliam. Cette opération est généralement connue sous le nom de « Doléris Gilliam ». Elle a subi d'incessantes modifications. Nous ne citerons que celles de Aug. Polosson et Pellanda pour l'adapter à l'incision transversale de Pfannenstiel. Il y a quelques années, elle a été réglée de façon à peu près identique dans ses détails techniques par Gosset et Forgeue.

TECHNIQUE DE L'OPERATION DE DOLERIS

Nous indiquerons ici uniquement la technique du Professeur Guyot, telle qu'elle est pratiquée dans son service.

Après laparatomie sous-ombilicale médiane, on libère les adhérences et on redresse l'utérus. Puis on prépare la traversée pariétale des ligaments ronds en faisant au bistouri une boutonnière dans l'aponévrose du grand droit et on dissocie ensuite le muscle en enfonçant perpendiculairement une pince de Kocher, dont on écarte progressivement les mors de façon à créer un tunnel suffisant dans lequel le ligament ne soit pas trop serré. On attire alors dans cette sorte de trajet inguinal artificiel le ligament rond. La prise des ligaments ronds doit être faite à leur partie moyenne, de façon à avoir une anse suffisamment souple que l'on puisse amener à la paroi sans tractions et sans couder ou incarcérer la trompe. Macias de Torres préconise même de laisser les ligaments en un point le plus éloigné de l'utérus pour éviter ce risque de couder ou d'incarcérer la trompe.

On évite également en opérant ainsi le risque d'incarcération d'une anse grêle dans l'anneau limité par la paroi et l'anse extrême du ligament rond. Afin de limiter encore ce danger d'engagement d'une anse grêle, le Professeur Guyot laisse la malade en position de Trendelenburg jusqu'à la fin de l'intervention.

Les deux anses ligamentaires sont prises bien symétriquement de façon à faire un accollement équilibré de l'organe et sont extériorisées également.

Le Professeur Guyot pratique toujours l'adossement des

ligaments sur la ligne médiane par 2 ou 3 points au catgut.

Cette anse est également solidarisée à la paroi par un crin prenant l'aponévrose, les ligaments, la peau de chaque côté et que l'on noue ensuite à l'extérieur sur un bourdonnet de gaze. Grâce à cette modalité opératoire on a seulement constaté quelques petits hématomes, mais très peu importants et jamais d'ennuis sérieux du côté de la paroi.

Outre cette fixation médiane, il est bon de solidariser toujours le ligament à son émergence avec l'aponévrose du droit par deux points au catgut.

Quant à l'appendicectomie complémentaire, elle est toujours terminée par un enfouissement du moignon.

On voit donc que la fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris est une intervention simple, facile, ne comportant pour ainsi dire pas d'aléas. Elle est à l'heure actuelle une des opérations les plus courantes de la gynécologie.

Lorsque les indications en ont été bien posées et lorsqu'on se conforme à la technique dont nous venons de donner les lignes essentielles, il semble qu'elle doive donner d'excellents résultats immédiats et éloignés.

Cependant on fait à l'opération de Doléris de nombreux reproches, on l'accuse de nombreuses complications. On en trouve une excellente mise au point dans un article de Louis Bazy paru dans *La Revue de Gynécologie*, en 1912, dans le travail de Palmer et Lucien David, publié en 1936 dans la *Gynécologie*, et aussi dans la thèse de Guy (Paris, 1937).

Nous allons passer rapidement en revue ces accidents avant de citer la statistique de la Clinique chirurgicale et gynécologique de l'hôpital Saint-André, où nous essaierons de les retrouver.

INCONVENIENTS ET COMPLICATIONS

DU « DOLERIS »

Essayons donc de faire un exposé objectif de tous les accidents dus au « Doléris ».

Citons tout d'abord les troubles urinaires le plus souvent légers, pollakiurie, gêne à la miction. Ils constituent le plus souvent une gêne qu'un trouble grave. Il est vraisemblable qu'ils apparaissent chaque fois que l'utérus n'a pas été redressé et fixé d'une façon telle que son fonds ne gêne pas la distension physiologique de la vessie.

Exceptionnelles sont les complications telles que blessures des vaisseaux de la paroi ou atteinte par traction ou déchirure des vaisseaux du ligament large. Elles ont été cependant signalées.

Nous avons relevé chez divers auteurs le fait que le « Doléris » était une opération exposant particulièrement aux phlébites. Ces accidents phlébitiques peuvent aller des poussées légères aux cas les plus graves, mais toujours — disent-ils — avec une fréquence plus grande que dans les autres interventions gynécologiques.

D'un ordre beaucoup plus important sont les douleurs que l'on attribue au « Doléris » : douleurs précoces ou tardives.

Les premières se localisent à l'hypogastre ou aux fosses iliaques avec exagération marquée à la fatigue et une sensibilité bien nette de la région opératoire, particulièrement de la zone occupée par les ligaments ronds suturés.

Cette complication doit vraisemblablement être attribuée à une élévation excessive de l'utérus dans une fixation haute avec tiraillement des ligaments utéro-sacrés.

Les douleurs tardives peuvent être dues à une infection génitale, qui ne rétrocede pas après l'opération condamnant aussi la patiente à un repos prolongé, à un traitement souvent inefficace par les agents physiques ou bien à l'hystérectomie.

C'est cette même infection génitale que l'on voit surgir dans une autre circonstance post-opératoire du « Doléris » : l'inclusion pariétale de la trompe. Cette inclusion non seulement expose à des risques de grossesse tubaire, mais encore, et c'est là le point le plus grave, à un pyosalpinx interstitiel avec apparition de tumeur inflammatoire sus-pubienne ou bien du danger d'une fistulisation spontanée d'une trompe abcédée avec écoulement sanguin à chaque période menstruelle. Tels sont les accidents inflammatoires entraînant des douleurs violentes dont on accuse le « Doléris ».

Un autre accident sur lequel la critique insiste plus particulièrement à l'heure actuelle : c'est l'étranglement intestinal :

Complication qui pourrait apparaître à une date très variable allant de quelques mois à quelques années.

Enfin, en terminant, citons le reproche essentiel fait par Bazy au « Doléris » : c'est une opération qui ne sert à rien, elle expose à des récives constantes.

A ce point de vue la statistique de Doléris est déjà éloquentte puisque sur 84 cas personnels, il n'a constaté aucune récive, de même que sur 31 opérations faites avec Forge, il a obtenu 31 bons résultats.

A l'étranger aussi les travaux de Mac Farlane et d'Irvens sont favorables à l'opération de Doléris-Gilliam.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution de la grossesse après « Doléris ». Nous avons vu tout à l'heure les inconvénients disposant à la stérilité ou à la grossesse ectopique — sans doute sont-ils dus à des fautes de technique —. Là encore, la statistique de Doléris lui-même est significative : sur 10 opérées, la grossesse a évolué normalement et l'accouchement s'est effectué de façon satisfaisante. Sur ces 10 cas, il y a eu

8 présentations du sommet et 2 sièges. Sur 8 grossesses, Ferry n'a eu à déplorer qu'un seul avortement, tandis que Barnsby a vu évoluer chez 5 opérées 5 grossesses normales.

Déjà, en 1933, le Professeur Guyot a insisté sur la valeur du « Doléris », opération fécondante, et a rapporté à cette époque 31 observations où la grossesse a suivi rapidement l'opération, grossesse toujours normale et indolore.

Nous avons vu dans quels cas on pouvait faire un « Doléris » et lorsque les indications sont bien posées, nous avons donné la technique qu'il fallait suivre en soulignant chaque point précis destiné à éviter un inconvénient, à prévenir une complication. Voyons maintenant, dans la statistique de la Clinique chirurgicale et gynécologique de l'hôpital Saint-André, combien de fois nous pouvons retrouver les suites dangereuses que nous venons d'énumérer.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Observation N°	Age de la malade	Indications	Intervention	Date	Résultat
1	10	Rétroversion, prolapsus	Dolérisme, colpoperinéorraphie	28- 2-25	Bon
2	33	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	7- 5-26	Bon
3	25	Rétroversion, annexite, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	2- 7-26	Bon
4	23	Rétroversion, ovarite sclérokyستique	Dolérisme, thermoc. appendicectomie	24- 7-26	Bon
5	59	Prolapsus, rétroversion	Dolérisme, colpoperinéorraphie	3-8- 26	Mort par embolie le 6 ^e jour
6	30	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	20- 9-26	Bon
7	47	Prolapsus	Dolérisme, colpoperinéorraphie	8-10-26	Bon
8	16	Annexite droite, prolapsus	Dolérisme, colpoperinéorraphie	20-11-26	Bon
9	27	Prolapsus rétroversion	Dolérisme difficile, ligaments ronds très courts	4-12-26	
			Colpoperinéorraphie	21-12-26	Bon
10	25	Rétro-flexion	Dolérisme, appendicectomie	12- 4-27	Bon
11	20	Rétroversion, ovarite sclérokyستique	Dolérisme, thermoc., appendicectomie	15- 4-27	Bon
12	20	Rétroversion	Dolérisme	24- 4-27	Bon
13	25	Rétroversion	Dolérisme	24- 4-27	Mort par septicémie 3 jours après
14	27	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	24- 4-27	Mort par septicémie 2 jours après
15	24	Utérus mobile	Dolérisme, appendicectomie	16- 6-27	Bon
16	23	Rétroversion	Dolérisme	9- 8-27	Bon
17	38	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	15-11-27	Bon
18	26	Rétroversion, appendicite, ovarite, sclérokyستique	Dolérisme, thermoc. appendicectomie	24-11-27	Bon
19	23	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	12-12-27	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
20	22	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	17- 1-28	Bon
21	20	Rétroversion	Dolérisme, thermoc. appendicectomie	17- 1-28	Bon
22	24	Déficience des ligaments ronds	Dolérisme, appendicectomie	8- 2-28	hématome suppuré phlébite gauche. Guérison. Suites éloignées excellentes.
23	27	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	28-2-25	Légers accidents d'insuffisance hépatique. Guérison. Suites éloignées excellentes
24	24	Appendicite, rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	28- 2-28	Bon
25	27	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	20- 3-28	Bon
26	24	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	36- 3-28	Bon
27	21	Annexite, rétroversion déjà appendicectomisée	Dolérisme	4- 4-28	Bon, mais légères poussées annexielles traitées médicalement. Guérison. Suites éloignées excellentes.
28	23	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	6- 1-28	Bon
29	28	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	12- 4-28	Bon
30	32	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	17- 4-28	Mort. Ictère grave
31	24	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	27- 4-28	Bon
32	33	Rétroversion, ovarite sclérokytistique déjà appendicectomisée	Dolérisme, cautérisation des ovaires	1- 5-28	Subictère. Guérison. Suites éloignées excellentes
33	33	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	4- 5-28	Bon
34		Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	8- 5-28	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
35	26	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	10- 1-28	Bon
36	19	Appendicite, utérus ptosique, ligaments ronds de mauvaise qualité	Appendicectomie, cœcopexie, dolérisme	22- 5-28	Bon
37	31	Rétroversion, appendicite	Dolérisme appendicectomie	22- 5-28	Bon
38	23	Rétroversion appendicite	Dolérisme appendicectomie (Pfauneustiel)	28- 5-28	Bon
39	31	Syndrome d'occlusion intestinale, appendicite, rétroversion	Laparatomie exploratrice, bride à gauche, appendicectomie, dolérisme	14- 6-28	Bon
40	20	Utérus ptosique appendicite	Dolérisme appendicectomie	8- 7-28	Bon
41	42	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	24- 7-28	Bon
42	25	Rétroversion, appendicite	Dolérisme appendicectomie	27- 7-28	Bon
43	41	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie périnéorraphie ultérieure	4-10-28	Bon
44	30	Ovarite sclérokystique, rétroversion	Dolérisme, ovariectomie appendicectomie	9-10-28	Bon
45	29	Rétroversion déjà appendicectomisée	Dolérisme	13-11-28	Phlébite double. Guérison. Suites éloignées excellentes
46	18	Rétroversion déjà appendicectomisée	Dolérisme	28-11-28	Bon
47	26	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	6-12-28	Bronchite. Guérison. Suites éloignées, légères. Suites excellentes.
48	35	Rétroversion, appendicite	Dolérisme appendicectomie	18- 1-29	Bon
49	26	Rétroversion appendicite	Dolérisme appendicectomie	5- 2-29	Légères complications pulm. Suites bonnes
50	20	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	22- 2-29	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
51	21	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	27- 2-29	Bon
52	36	Prolapsus, rétroversion	Colpoperinéorraphie, dolérisme	12- 3-29	Bon
53	25	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	26- 4-29	2 jours après dilatation d'estomac, petit hématome, guérison. Suites éloignées bonnes
54	31	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	14- 5-29	Petit hématome Guérison. Suites éloignées bonnes
55	30	Prolapsus, rétroversion	Colpoperinéorraphie, Dolérisme	11- 6-29 22- 6-29	Bon, fistule R. V. passagère
56	50	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	18- 6-29	Poussées phlébitiques légères. Suites éloignées bonnes.
57	32	Rétroversion, annexité légère	Dolérisme ovariectomie droite	9- 7-29	Bon
58	29	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	16- 7-29	Bon
59	29	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	19- 7-29	Bon
60	30	Appendicite utérus mobile	Dolérisme, appendicectomie	23- 7-29	Bon
61	30	Rétroflexion appendicite	Dolérisme, appendicectomie	30- 8-39	Bon
62	23	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	19-10-29	Bon
63	38	Utérus mobile	Dolérisme, appendicectomie	8-11-29	Phlébite double guérison. Suites éloignées bonnes
64	26	Rétroversion	Dolérisme — un peu délicat femme grosse — ligaments ronds, minces et courts, appendicectomie	12-11-29	Bon
65	39	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	18-11-29	Bon
66	36	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	27-12-29 27-12-29	Bon
67	29	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	27-12-29	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
68	25	Rétroversion	Doléris	10- 1-30	Bon
69	24	Rétroversion, appendicite	Doléris, appendicetomie	7- 2-30	Bon
70		Rétroversion, annexité	Doléris, appendicetomie (Pfannens-tiel)	11- 2-30	Petit hématome Guérison. Suites éloignées bonnes
71	25	Rétroversion, appendicite (avec un curetage en avril).	Doléris, appendicetomie	11- 7-30	Choc post-opératoire t. 39, p. 120 Suites éloignée bonnes.
72	20	Rétroversion	Doléris, appendicetomie	23- 9-30	Petite dilatation d'estomac le lendemain. Bon
73	33	Rétroversion	Doléris, appendicetomie	28- 9-30	Bon
74	28	Annexité chronique douloureuse	Doléris, appendicetomie	18-11-30	Bon
75	29	Utérus ptosique, annexité douloureuse	Doléris (Cotte), appendicectomie	12-12-30	Bon
76	27	Rétroversion	Doléris, appendicetomie	2- 1-31	Bon
77	35	Rétroflexion déjà appendicectomisée	Doléris	18- 1-31	Congestion pulmonaire. Guérison. Suites éloignées bonnes
78	27	Rétroversion	Doléris, appendicetomie	16- 1-31	Bon
79	34	Rétroversion, ovarite sclérokytique	Doléris, ovariectomie appendicetomie	27- 1-31	Bon
80	34	Prolapsus	Doléris colpopérinéorrhaphie	10- 2-31	Phlébite double, embolie pulmonaire. Guérison. Suites éloignées bonnes
81	28	Utérus ptosique, appendicite	Doléris, appendicetomie	24- 2-31	Bon
82	28	Rétroversion, appendicite chronique	Doléris, appendicetomie	3- 3-31	Bon
83	28	Rétroversion légère	Doléris, appendicetomie	24- 3-31	Bon
84	21	Rétroversion, appendicite	Doléris, appendicetomie	21- 8-31	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
85	30	Syndrome douloureux utérus très mobile, déjà appendicectomisée	Dolérisme (Cotte)	2-10-31	Hématome suppuré. Guérison. Suites éloignées bonnes
86	31	Méteoannexite chronique, douloureuse, rétroversion	Dolérisme (Cotte), appendicectomie	22-10-31	Bon
87	33	Rétroversion	Dolérisme (Pfanneustiel)	6-11-31	Bon
88	18	Ovarite sclérokystique, rétroversion	Dolérisme ovariectomie gauche, appendicectomie	4-12-31	Bon
89		Rétroversion (a subi 15 jours avant un curetage pour fausses couches)	Dolérisme appendicectomie		Phlébite, embolie pulmonaire. Guérison. Suites éloignées bonnes
90	29	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	24- 1-32	Bon
91	27	Annexite, rétroversion	Dolérisme, appendicectomie, salpingectomie gauche, salpingorraphie droite	26- 1-32	Du Dolérisme : bon annexité continue
92	34	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	16- 2-32	Bon
93		Prolapsus	Triple opération française	30- 2-32	Bon
94	20	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	12- 4-32	Bon
95	29	Rétroversion	Dolérisme appendicectomie	24- 5-32	Petit hématome de la paroi. Guérison, Suites éloignées bonnes.
96	30	Annexité, rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	17- 6-32	Hématome. Guérison. Suites éloignées excellentes
97	30	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	25- 6-32	Bon
98	29	Prolapsus léger	Dolérisme, appendicectomie	22- 9-32	Suites excellentes pendant 4 mois. Prolapsus accentué par la suite, mais Dolérisme bon. Colpo le 4-7-33. Suites excellentes

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
99	30	Rétroversion, annexite	Dolérisme, appendicéctomie	22- 9-32	Hématome au niveau de l'attache des ligaments ronds à la paroi il se forme une petite cavité. Guérison. Suites éloignées bonnes
100	28	Rétroversion	Dolérisme, appendicéctomie	25- 9-32	Bon
101	23	Rétroversion, annexite	Dolérisme, appendicéctomie	9-11-32	Bon
102	31	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicéctomie	20-12-32	Bon
103	27	Gros utérus ptosique	Dolérisme, appendicéctomie	30- 3-33	Bon
104	22	Rétroversion	Dolérisme, appendicéctomie	4- 4-33	Bon. A présenté par la suite des troubles mentaux
105	34	Rétroflexion	Dolérisme, appendicéctomie	8- 4-33	Complication pulmonaire, hématome. Guérison. Suites éloignées bonnes
106	24	Rétroflexion	Dolérisme, appendicéctomie	30- 5-33	Congestion pulmonaire. Guérison. Suites éloignées bonnes.
107	30	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicéctomie	16- 6-33	Léger hématome de la paroi. Suites éloignées bonnes
108	30	Rétroflexion	Dolérisme, appendicéctomie	11- 6-33	Bon
109	20	Utérus mobile	Dolérisme, appendicéctomie	27- 6-33	Bon
110	24	Rétroversion, annexite	Dolérisme, appendicéctomie	30- 6-33	Bon, mais persistance de l'annexite
111	32	Prolapsus léger sans rétroversion	Dolérisme, appendicéctomie	7- 7-33	Bon
112	24	Rétroversion	Dolérisme, appendicéctomie	10- 7-33	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
113	37	A déjà eu une colporrhaphie pour prolapsus le 19-11-33, rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	16- 1-34	Bon
114	31	Rétroversion, kyste de l'ovaire droit	Dolérisme, ovariectomie, appendicectomie	30- 1-34	Bon
115	35	Utérus ptosique	Dolérisme, appendicectomie	2- 3-34	Phlébite. Suites éloignées bonnes
116	23	Rétroversion, ovaire sclérokyستique droite	Dolérisme, ovariectomie, appendicectomie	8- 6-34	Bon
117		Utérus retroposé	Dolérisme, appendicectomie	3- 7-34	Bon
118		Ptose utérine	Dolérisme, appendicectomie	9- 7-34	Bon
119	20	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	3- 1-35	Bon
120	27	Métri, annexité, rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	11- 3-35	Bon
121	31	Algies pelviennes (hystérique)	Dolérisme, appendicectomie	17- 4-35	Dolérisme bon, 2 ans après hystérectomie pour utérus fibromateux.
122	31	Annexité légère rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	18- 6-35	Bon
123	32	Rétroversion, appendicite	Dolérisme, appendicectomie	31-10-35	Revient à l'hôpital 1 mois après pour douleurs de la fosse iliaque droite avec empatement. Cède rapidement à la glace, utérus bien fixé. Suites éloignées bonnes
124	27	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	16-12-35	Bon
125	24	Rétroversion, annexité métri	Dolérisme (Cotte), appendicectomie	18- 9-36	Bon
126	33	Rétroversion	Dolérisme, appendicectomie	8-21-36	Bon

Observation N°	Age de la malade	Indication	Intervention	Date	Résultat
127	24	Rétroversion	Doléris, tomie appendicec-	13- 4-37	Bon
128	38	Rétroversion	Doléris, tomie appendicec-	12- 6-37	Bon
129	26	Rétroversion, appendicite, annexite	Doléris, tomie appendicec-	3- 9-37	Bon
130	29	Rétroversion	Doléris, tomie appendicec-	10-11-37	Bon
131	37	Rétroversion	Doléris, tomie appendicec-	21- 6-38	Bon
132	25	Rétroversion, appendicite	Doléris, tomie appendicec-	19- 7-38	Bon
133	26	Rétroversion, appendicite	Doléris, tomie appendicec-	14- 9-38	Bon

LES RESULTATS DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNECOLOGIQUE

Nous voici arrivés au terme d'une énumération qui sans doute peut paraître fastidieuse.

Mais, en vérité, elle est surtout démonstrative du succès de l'opération de Doléris. C'est la statistique intégrale du service de clinique gynécologique et chirurgicale du Professeur Guyot de 1925 à 1939.

Pendant cette période, 133 malades ont été opérées, soit par le Professeur Guyot, soit par ses assistants, toujours avec la même technique, celle indiquée précédemment.

Il a eu 4 morts contre 129 guérisons, ce qui fait environ 3 pour 100. Signalons cependant que pendant la même période, le Professeur Guyot a pratiqué en ville un nombre sensiblement égal de ligamentopexie et n'a pas eu une seule mort.

Si nous analysons les causes de mort, nous trouvons :

1° Une mort par embolie au sixième jour chez une femme de 59 ans (obs. n° 5). Celle-ci avait été opérée pendant les vacances au cours d'une suppléance. Remarquons, tout de suite, que c'est la malade la plus âgée de notre statistique; en effet, l'âge moyen des opérées varie de 20 à 40 ans; il y a même eu quelques interventions sur des malades n'ayant pas 20 ans.

2° Deux morts par septicémie — il s'agit là d'accidents qu'on ne peut mettre à la charge du procédé opératoire — Ils ont eu lieu au moment du transfert de la clinique Gynécologique à l'hôpital André Boursier. Il y a eu, d'ailleurs, à cette époque, d'autres accidents analogues et qui sont restés un moment inexpliqués.

Leur origine exacte a été découverte lorsqu'on s'aperçut que le plafond de la salle d'opérations était insuffisamment étanche et laissait passer les poussières des combles. Dès que l'installation opératoire fut remise en état, on n'a plus eu à déplorer de tels accidents.

3° Enfin, une mort par ictère grave.

A notre avis, il semble que, seule, la première et la dernière citées de ces quatre morts sont dues aux suites opératoires, les deux autres étant dues à des causes hétérogènes. Et nous croyons pouvoir dire que, sur 131 cas, il y a eu deux morts, ce qui fait un pourcentage sensiblement égal à 1,052 %.

Quelle intervention chirurgicale, aussi bénigne soit-elle, pourrait-on citer, qui ne soit cause d'une aussi faible perte, et nous pouvons vraiment dire que la ligamentopexie de Doléris Gilliam n'est pas une opération grave.

Voyons maintenant les suites opératoires des 129 malades qui ont guéri :

Nous trouvons sept accidents phlébitiques, parmi lesquels trois phlébites doubles (obs. 45, 63, 80). Toutes ont bien guéri, mais le n° 80 a présenté une embolie pulmonaire. Les suites éloignées sont également bonnes.

D'autres, les n°s 22 et 89, ont eu des phlébites caractérisées avec embolie pulmonaire pour le n° 89. Là aussi, il y a guérison avec suites éloignées bonnes. Il y a enfin deux poussées phlébitiques légères (obs. n°s 56 et 115) qui ont guéri sans incident. Notons, cependant, avant de passer à d'autres accidents, que toutes ces phlébites se sont produites à l'hôpital André Boursier. Depuis novembre 1934 — date à laquelle la Clinique Gynécologique et Obstétricale de M. le Professeur Guyot a été transférée à l'hôpital Saint-André, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de tels accidents.

Il y a eu une seule fois du choc postopératoire (c'est l'observation n° 71). Cette malade, opérée le 11 juillet 1930 avait eu, au mois d'avril précédent, un curetage pour fausses couches.

La température est montée à 39°, son pouls à 120. Les suites éloignées ont été bonnes.

Nous pouvons noter cinq fois des complications pulmonaires. Elles sont toutes bénignes (obs. 47, 49, 77, 105 et 106) et guérissent facilement; les suites éloignées sont excellentes.

Deux fois nous avons observé des dilatations aiguës d'estomac. Ce sont les observations 53 et 72. Chaque fois, cet accident a cédé au traitement médical institué aussitôt, c'est-à-dire glace et décubitus latéral.

Deux fois, également, nous avons observé des accidents hépatiques, de l'insuffisance hépatique, simplement comme dans l'observation 23 ou même du subictère tel que l'observation 82.

Deux fois également des complications rénales; ce sont les pyélonéphrites citées dans les observations 92 et 97.

Dans l'observation 27 — malade ayant subi un « doléris » pour rétroversion avec annexite — nous avons noté, après l'intervention, une légère poussée annexielle qui a rapidement cédé au repos et à la glace, donnant des suites éloignées excellentes.

Pour le n° 91, opérée également pour rétroversion et annexite, le résultat du doléris a été excellent, mais nous avons vu l'annexite continuer. Il en a été de même pour le n° 110, ayant les mêmes indications et la même persistance de l'annexite.

Une fois — observation 123 — la malade est revenue à l'hôpital un mois après pour algie de la fosse iliaque droite avec empâtement. Ces douleurs ont cédé rapidement par le repos et la glace. Nous avons constaté que l'utérus était bien fixé — et les suites éloignées ont été excellentes.

Une fois également une malade opérée pour prolapsus léger — observation 98 — a eu un résultat excellent pendant quatre mois. A ce moment, malgré un utérus parfaitement fixé par le doléris pratiqué, on a vu le prolapsus s'accroître, et il a fallu faire une colpoperrinéorrhaphie. Le résultat a été bon et les suites éloignées excellentes.

L'accident le plus fréquent, mais aussi le plus bénin, est l'hématome, le plus souvent hématome léger de la paroi, tels que ceux des observations 54, 70, 74, 95, 96, 99, 105, 107. Deux fois seulement, nous avons eu un hématome suppuré (obs. 22, 85). Chaque fois nous pouvons noter la guérison rapide et la disparition de toute gêne. Toujours les suites éloignées sont excellentes.

Il n'y a jamais eu à notre connaissance de récurrence de la rétroversion après opération de Doléris Gilliam. Par contre, le Professeur Guyot a dû réopérer plusieurs malades qui avaient été traitées antérieurement par d'autres procédés, en particulier par l'opération de Baldy Dartigues.

Des laparotomies itératives chez quelques malades antérieurement opérées de « Doléris », nous ont bien montré la solidité de cette fixation.

Nous ne pouvons — et c'est là un fait important — noter aucun accident qui ressemble à une occlusion intestinale précoce.

Nous n'avons jamais eu à notre connaissance de fait se rapportant à une occlusion tardive chez une malade opérée antérieurement à la Clinique Gynécologique et Chirurgicale.

CONCLUSIONS

En somme, nos résultats tendent à prouver que la ligamentopexie de Doléris Gilliam n'est pas une opération grave. Elle n'est pas plus grave qu'une laparatomie gynécologique en général, elle n'expose, pas plus qu'elle, à des accidents.

Nous pensons que les occlusions dont on accuse à l'heure actuelle l'opération de Doléris Gilliam, et qui sont le grief le plus important de ses détracteurs, sont dus à des fautes de technique lors de son exécution.

De même, c'est à des fautes de technique que l'on doit rattacher les récidives de la rétroversion après « Doléris ».

En fait, la ligamentopexie de Doléris — telle qu'elle est pratiquée à la clinique chirurgicale et gynécologique par le Professeur Guyot, est une opération simple, facile et efficace — Lorsqu'on en a bien posé les indications, si on suit fidèlement la technique que nous avons indiquée en insistant particulièrement sur les points délicats, on ne peut obtenir que de très bons résultats.

Nous pouvons ajouter en terminant que c'est aussi une méthode fidèle, la continuité des bons résultats de notre statistique en est la preuve.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC,

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 juin 1939
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- Amiel.** — *Les indications respectives de la ligamentopexie et de la ligamentopexie abdominale.* Thèse de Toulouse 1931.
- Ouvray.** — « Complications survenues à la suite d'une fixation de l'utérus à la paroi par l'intermédiaire des ligaments ronds ». *Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1924.
- Bazy (L.).** — *Revue Gyn. chir. abd* 1912.
- Bégouin.** — *L'hystéropexie abdominale.* Thèse de Bordeaux 1892.
- Bertola.** — « Nuevo procedimiento de ligamentopexia ». *Presabued arg.* sept. 1936.
- Bouneau.** — *Soc. chir. de Paris* E XX.
- Caraven.** — « Salpingite purulente consécutive à une fixation intra-pariétale des ligaments ronds ». *Soc. de Gyn. et Obst. Paris* 1920.
- Charrier (A.), Carbounel (M.) et Lauge (J.).** — « Quelques accidents de la ligamentopexie de Doléris ». *Bordeaux chirurgical* avril 1939.
- Congrès des Gynécologues de langue française** juin 1923.
- Costantini.** — « La strangolamento della tuba nella operazione de Doléris per la fissazione del utero ». *Rivista d'Obstetricia et Gynecologia pratica* juillet 1927.
- Cotte.** — « Sur le cloisonnement du cul-de-sac de Douglas. Opération de Marion ». *Soc. de Gyn. et Obst.* 1936.
- Cotte et Bertrand (P.).** — « Remarques sur la fixation ligamentaire de l'utérus à propos de quelques cas de déligamentopexie ». *Rev. franç. de Gyn. et Obst.* oct. 1937.
- Cotte et Peycelon.** — « A propos de la technique de la fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris ». *Soc. de Gyn. et Obst. Paris* 1936.
- Couvelaire (R.) et Pelle.** — *Bull. Acad. chir.* 1938.

- De Groot.** — *Progrès médical* 1934.
- Dodevihein.** — *Opérations gynéc.*, 4^e édit. 1921.
- Doléris.** — *La Gynécologie* 1898.
- *Bull. méd.* 1901.
- *Der. gyn.* 1904.
- *La Gynécologie* 1904.
- Don (A.).** — « Prevention of intestinal obstruction after ventrofixation ». *British Medical Journal* 1921.
- Dupont.** — *Paris chirurgical* 1921.
- Duvergey.** — *Gaz. de Médecine de Bordeaux* 1920.
- Epanier et Michon.** — « Des ligamentopexies dans leur rapport avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches ». *Lyon médical* février 1925.
- Fergue (E.) et Massubau (B.).** — *Gynécologie du nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dantu et P. Delbet.*
- Ghufoff.** — Thèse de Paris 1925.
- Grigoriu.** — « Nouvelle technique pour ligamentopexie intra-abdominale des ligaments ronds ». *Tech. chir.* mai-juin 1937.
- Guy.** — Thèse de Paris 1937.
- Guyot (J.) et Farmaillacq.** — « La valeur de la ligamentopexie de Doléris. Quelques points de technique et résultats. *C. R. Soc. franç. de Gyn.* avril 1939.
- Haltes.** — « Suite d'une ventrofixation de ligaments ronds. *Zentralblatt für chirurgie*, Leipzig févr. 1934.
- Hartman.** — *Gynécologie opératoire.*
- Hlein.** — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* 1921.
- Hraft.** — « Opérations de Doléris. Trois ans après : hernie étranglée interne ». *Schweiz. med. Wochens.* 1925.
- Loute (L.).** — « Systématisation de la ligamentopexie en gynécologie conservatrice ». *Presse médicale* oct. 1935.
- Leibovici et Yovanovitch.** — *Rev. de Chirurgie* 1937.
- Macias de Torres.** — « Les inconvénients du Doléris ». *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.* févr. 1932.
- Michel.** — « Suites éloignées d'une opération de Doléris ». *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris* 1925.
- Muller.** — *Zentralblatt für Gynäkologie* août 1925.
- Palmer (R.) et David.** — « Les accidents de la ligamentopexie

de Doléris et les moyens de les éviter ». *La Gynécologie* mars 1936.

Patel et Vergnory. — « L'incision de Pfaunensteil en gynécologie ». *Lyon chirurgical* 1923.

Pelawky. — Thèse de Paris 1915.

Petit-Dutaillis. — « Ligamentopexie abdominale avec un segment libéré des ligaments ronds ». *La Gynécologie* 1925.

Prat. — « Sur les accidents tardifs de l'opération de Doléris et du raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds ». *Gazette médicale de France* déc. 1932.

Rosner. — *Soc. de Gyn. et Obst.* 1922.

Rocher. — « Opérations de Doléris avec un seul ligament rond » *Echo médical des Cévennes* févr. 1934.

Rouergue. — Thèse de Bordeaux 1938.

Rouville (G. de) et Mocquot (P.). — Rapport au Congrès français de Chirurgie 1926.

Rouzaud et Sénéchal. — *Gazette des hôpitaux* 1930.

Sazenac de Forge. — Thèse de Paris 1927.

Schwartz et Huard. — *Paris médical* déc. 1932.

Scievey. — « Les rétrodéviations de l'utérus ». *Gyn. de Paris* 1920.

Villard et Loby. — *Rev. franç. de Gyn. et Obst.* 1930.

Wallace (G., de Liverpool). — « A modification in the performance of ventrofixation de l'uterus ». *Journal of obstetrics and gynecology of British Empire* avril 1907.

Walther. — Congrès français de chirurgie 1905.

Weiss et Hamart. — *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.* 1921.

Yovanovitch. — Thèse de Paris 1937.

— « Les inconvénients et les dangers de la ligamentopexie de Doléris ». *Bull. méd.* oct. 1938.

